



Communities United Inc.
Creative Start Children's Centers
 CENTRAL OFFICE: 4 Militia Drive, Suite 1 Lexington, MA 02421
 Telephone: 617-744-6076



2019-2020 APLICAÇÃO

Por favor circule todos os centros Creative Start aos quais você está aplicando (indique a 1ª escolha, se houver):

Newton

573-B Washington Sreet.
 Newton, MA 02458
 (617)527-6689

Waltham

169 Elm Street
 Waltham, MA 02453
 (781)647-0542

Woburn

470 Wildwood Avenue
 Woburn, MA 01801
 (781)932-9578

*** Aqueles que solicitam assistência financeira são necessários para concluir uma entrevista em um dos locais acima. Uma vez que sua aplicação seja processado, nós o chamaremos para agendar sua entrevista. ***

Informação de Identificação de Criança: (Todas as linhas devem ser preenchidas)

Primeiro Nome: _____ **Nome do Meio:** _____ **Sobrenome:** _____

Sexo: (Por Favor Circular) Masculino Femenino **Data de Nascimento da Criança** ____/____/____

Primeira Língua da Criança: _____ (Por Favor Circule **Raça e Etnia** abaixo)

Raça da criança: Índio Americano /Nativo do Alaska Asiático Negro / Africano Americano Bi-Racial / Multi-Racial
 Hawaiano Nativo/ Ilhas do Pacífico Branco Outros _____

Etnia da Criança: Hispânico ou Origem Latina Origem Não-Hispânica

Informação dos Pais ou Responsáveis:

Primeiro Nome: _____ **Sobrenome:** _____

Sexo: (Por Favor Circular) Masculino Femenino **Data de Nascimento:** ____/____/____

Endereço: _____ **Cidade:** _____

Zip Code _____ **Celular #:** () _____ - _____ **Telefone Residencial:** () _____ - _____

Email: _____

Raça dos Pais: Índio Americano /Alaskan Native Asiático Black/African American Bi-Racial/Multi-Racial

Nativo Hawaiano Nativo/Ilha do Pacifico Branco Outro _____ **Primeira Língua dos Pais:** _____

Etnia dos Pais: (Favor Circular) Hispânico ou Origem Latina Origem Não-Hispânica

Relacionamento com a criança: (Favor Circule) Mãe Pai Legal Guardião Pai Adotivo/Mae Adotivo Avó/ Avô outro: _____

Informação dos Pais ou Responsáveis:

Primeiro Nome: _____ **Sobrenome:** _____

Sexo: (Por Favor Circule) Masculino Femenino **Data de Nascimento:** ____/____/____

Endereço: _____ **Cidade:** _____

Zip Code _____ **Celular #:** () _____ - _____ **Telefone Residencial:** () _____ - _____

Email: _____

Raça dos Pais: (PI) Índio Americano /Alaskan Native Asiático Black/African American Bi-Racial/Multi-Racial

Nativo Hawaiano Nativo/Ilha do Pacifico Branco Outro _____ **Primeira Língua dos Pais:** _____

Etnia dos Pais: (Favor Circular) Hispânico ou Origem Latina Origem Não-Hispânica

Relacionamento com a criança: (Favor Circular) Mãe Pai Legal Guardião Pai Adotivo/Mae Adotivo Avó/ Avô outro: _____



Communities United Inc.
Creative Start Children's Centers
2019-2020 Aplicação, Pagina 2

Liste todos os membros da Família do Aplicante e da Criança incluindo a Criança / Pais ou Responsáveis:

Nome da criança /Aplicada _____

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais /Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais / Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais /Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais/ Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento : _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais/Responsável Irmã Irmão

POR FAVOR RESPONDE AS SEGUINTE PERGUNTAS PARA QUE PODEMOS SERVIR MELHOR SUA FAMÍLIA:

Informações sobre a criança a quem você está aplicando: (Favor circular a resposta para cada pergunta)

- Você tem alguma preocupação sobre o desenvolvimento do seu filho (ex: atrasos na fala)? **SIM ou NÃO**

Se sim, quais são suas preocupações? _____

- Seu filho foi selecionado pela Intervenção Precoce ou pelo Sistema Escolar Público? **SIM OU NÃO**

Se sim, o candidato possui um IFSP ou IEP? SIM OU NÃO ** Se sim, envie uma cópia do IFSP completo ou IEP com sua aplicação**

- Seu filho tem asma ou alergias? **SIM OU NÃO**

Se sim, por favor especifique: _____

- **Seu filho está sendo tratado por um médico por quaisquer problemas médicos SIM OU NÃO**

Se sim, quais são as questões médicas? _____

POR FAVOR, NOS DEIXE SABER COMO VOCÊ ESCUTANDO SOBRE NÓS: AMIGOS PROPAGANDA

INTERNET CARTAZES/FOLHETOS OUTROS _____

Assinatura do Pai / Responsável: _____ Data: _____

Ao assinar este documento, declaro que as informações acima são verdadeiras ao meu conhecimento. Eu também reconheço que qualquer informação incorreta neste formulário pode resultar na rescisão do meu filho dos programas no CUI.

Ao prestar serviços a crianças e suas famílias, a Communities United Inc. não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, deficiência ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.